

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

N°

710

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

M^{lle} GALIN Sara

Née le 14 Mars 1911, à Lodz (Pologne)

Contribution à l'étude de la technique et des indications du Massage utérin

Président de Thèse : M. MOCQUOT, Professeur

PARIS
LIBRAIRIE LIPSCHUTZ
4, Place de l'Odéon

1936

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

M^{lle} GALIN Sara

Née le 14 Mars 1911, à Lodz (Pologne)

**Contribution à l'étude
de la technique et des indications
du Massage utérin**

Président de Thèse : M. MOCQUOT, Professeur

PARIS
LIBRAIRIE LIPSCHUTZ
4, Place de l'Odéon

1936

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	LÉON BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	DESGREZ.
Bactériologie	ROBERT DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale.....	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale.....	CHEVASSU.
Anatomie pathologique.....	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	MAURICE VILLARET.
Clinique médicale.....	LOEPPER
	CARNOT.
	CLERC.
	MARCEL LABBÉ.
	LEREBOULET.
	NOBECOURT.
Hygiène et clinique de la première enfance	H. CLAUDE.
Clinique des maladies des enfants.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies mentales et des ma-	GUILLAIN.
ladies de l'encéphale.....	LEMIERRE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiqu	CUNEO.
s	GOSSET.
Clinique des maladies du système nerveux	GRÉGOIRE.
Clinique des maladies infectieuses.....	LENCRMANT.
Clinique chirurgicale.....	TERRIEN.
	MARION.
Clinique ophtalmologique.....	BRINDEAU.
Clinique urologique	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique d'accouchements.....	MOCQUOT.
Clinique gynécologique.....	OMBREDANNE.
Clinique chirurgicale infantile et ortho-	RATHERY.
pédie	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique médicale.....	PIERRE DUVAL.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	SERGENT.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	EEZANÇON.
Clinique propédeutique.....	
Clinique de la Tuberculose.....	MATHIEU.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'a-	HOVELACQUE
dulte	MULON.
Professeurs sans chaire.....	OLIVIER.
	VERNE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

MM.

Pathologie médicale.....	BÉNARD HENRI.	Obstétrique	LANTUEJOUL.
Pathologie médicale.....	BERNARD ETIENNE.	Pathologie médicale.....	LAROCHE GUY.
Hydrologie.....	BEZANCON Justin.	Pathologie expérimentale	LEMAIRE.
Pathologie médicale.....	BOULIN.	Pathologie chirurgicale..	LEVEUF.
Histologie	BULLIARD.	Pharmacologie	Mlle J. LEVY.
Pathologie médicale.....	CATHALA.	Neurologie et Psychiâtrie	LEVY-VALENSI.
Pathologie médicale.....	CHEVALLIER.	Pathologie médicale.....	MOREAU.
Physique	DOGNON.	Pathologie chirurgicale..	MOULONGUET.
Urologie	FEY.	Pathologie médicale.....	MOUQUIN.
Parasitologie	GALLIARD.	Anatomie pathologique..	OBERLING.
Bactériologie	GASTINEL.	Pathologie chirurgicale..	PETIT-LUTAILL.
Pathologie chirurgicale..	DE GAUDART D'ALLAINES.	Médecine légale.....	PIÉDELIEVRE.
Physiologie	GAYET.	Obstétrique	PORTES.
Histologie	GIROUD.	Physiologie	RICHET.
Pathologie médicale.....	HAGUENAU.	Chimie biologique.....	SANNIÉ.
Oto-rhino-laryngologie ..	HALPHEN.	Pathologie chirurgicale..	SÈNEQUE.
Pharmacologie	HAZARD.	Pathologie expérimentale	TROISIER.
Anatomie pathologique..	HUGUENIN.	Pathologie médicale.....	TURPIN.
Hygiène	JOANNON.	Obstétrique	VIGNES.
Chimie biologique.....	LABBÉ HENRI.	Pathologie chirurgicale..	WILMOTH.
Obstétrique	LACOMME.		

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

MM.

Pathologie chirurgicale..	ALGLAVE.	Anatomie pathologique..	LEROUX.
Pharmacologie	BUSQUET.	Parasitologie	NEVEU-LEMAIRE
Physiologie	CHAILLEY-BERT.	Physique	N.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
BEAAMI.	} Clinique médicale	BASSET.	} Clinique chirurgicale
ALAJOUANINE.		BROCQ.	
AUBERTIN.		CADENAT.	
BRULÉ.		GATELLIER.	
CHABROL.		HEITZ-BOYER.	
CHIRAY.		MOURE.	
DONZELOT.		QUENU.	
DUVOIR.		SCHWARTZ.	
LIAN.		VELTER.	
PASTEUR-VALLERY- RADOT.			
SEZARY.			
MM.	} Clinique obstétricale..		
ECALLE			
GUENIOT.			
LE LORIER.			
LEVY-SOLAL.			
METZGER			

V. — CHARGÉS DE COURS

	MM.
Education physique.....	CHAILLEY-BERT, agrégé.
Radiologie clinique.....	LEDOUX-LEBARD.
Puériculture	WEIL-HALLÉ.
Stomatologie.....	RUPPE.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE VENEREE DE MA MERE

Qui me restera pour toujours l'idéal de la noblesse de caractère et dont le pieux souvenir restera toujours vivant dans mon cœur.

A MON PERE

A qui je dois tout, je dédie ce travail, modeste hommage de mon infinie reconnaissance et de ma profonde affection.

A MES SCEURS ET A MON BEAU-FRERE.

A MONSIEUR LE DOCTEUR GEORGES SZEGAL

A TOUS LES MIENS.

A MES AMIS

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur Pierre MOCQUOT

PROFESSEUR DE CLINIQUE GYNÉCOLOGIE A LA FACULTÉ
DE MÉDECINE DE PARIS.

CHIRURGIEN DE L'HOPITAL BROCA

*Qui nous a fait le très grand hon-
neur d'accepter la Présidence
de cette thèse, en témoignage
de respectueuse reconnais-
sance.*

A LA MEMOIRE DE NOTRE REGRETTE MAITRE

Le Professeur Jacques LEGRAND

CHIRURGIEN DES HOPITAUX DE ROUEN

A Monsieur le Docteur M. DENIKER.

CHIRURGIEN DE L'HOPITAL TENON

*Avec nos remerciements pour la
bienveillance qu'il nous a ma-
nifesté.*

A Madame le Docteur MEURS-BLATTER

CHARGÉE DE LA KINÉSITHÉRAPIE GYNÉCOLOGIE

A L'HOPITAL TENON

*Qui m'a donné pour ce travail de
précieux conseils. Hommage de
profonde reconnaissance et de
respectueuse admiration.*

A Monsieur le Docteur P. J. VIALA.

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE PARIS.

*Qui nous a inspiré le sujet de
cette thèse et qui nous a aidé
de ses conseils précieux pour
accomplir cette tâche. Qu'il
veuille accepter ma profonde
reconnaissance.*

A NOS MAITRES DE LA FACULTE DE MEDECINE
ET DES HOPITAUX DE PARIS

INTRODUCTION

Préconisé par le docteur Liebeck et merveilleusement appliqué par un empiriste professeur de gymnastique suédois, Thure Brandt, le massage gynécologique ne vint en France qu'en 1897, où le prof. Pinard encouragea Stapfer à le pratiquer. Mais les efforts de Stapfer furent mal accueillis. Sa méthode il est vrai était bien trop brutale. Il avait déformé les méthodes suédoises du « traité des prolapsus utérins ». (Liebeck 1861), du « traitement gymnastique médical des affections du bas ventre de la femme » (Thure Brandt 1880) et du « traité des maladies des femmes (Thure Brandt 1890). Il eut le tort aussi de se poser en champion de massage contre la chirurgie ce qui est une grave erreur.

Depuis Stapfer, et malgré les travaux de Brandt, en France, les massages avaient perdu tous ses zélateurs, lorsque après la guerre, il obtint un regain de faveur, le prof. Condamin, de Lyon utilisa dans le traitement des affections du cul de sac de Douglas, Siredey et Vignes en font l'éloge dans leurs récents ouvrages.

Le massage gynécologique ne jouit pas d'une vogue

aussi étendue que celle actuellement acquise par certaines méthodes thérapeutiques, physiothérapiques, telles que les courants de d'Arsonval mais sa place est cependant assez considérable pour qu'on se donne la peine de la définir.

Comme chaque traitement récent, les massages gynécologiques ont permis au début des espérances exagérées et plus tard au contraire certains auteurs croyaient préférable de l'abandonner. Nous savons bien que ce même traitement mal indiqué et appliqué trop violemment menace d'être néfaste, car il peut hyperhémier c'est-à-dire congestionner, augmenter la douleur, fatiguer et même immobiliser la malade. Il présente également un grand danger dans tous les cas de sub-infection.

Cette vérité commence si bien à se faire jour, qu'on voit dans nos grands hôpitaux parisiens nombre de services de chirurgie mettre à la disposition de leurs malades les ressources que peut offrir ce moyen thérapeutique sorti victorieux des épreuves qu'il a du traverser à travers le temps.

Nous voudrions démontrer dans notre thèse que ce traitement pratiqué dans certaines affections gynécologiques bien définies par un médecin averti nous donne d'excellents résultats. Nous rapportons plusieurs observations pour définir ses indications sa technique et son efficacité.

Nous remercions l'aide précieux de Madame le Docteur Meurs-Blatter, chargée de la Kinésithérapie gynécologique à l'Hôpital Tenon, Messieurs les Doc-

teurs Franc Viala, ancien Chef de Clinique de la Faculté et P. J. Viala, ancien interne des Hôpitaux. Qu'ils veuillent accepter le témoignage de notre profonde gratitude.

TECHNIQUE

Le traitement par le massage gynécologique comporte d'une part le *massage proprement dit*, d'autre par la *gymnastique abdomino-helvienne* dont le concours est nécessaire pour obtenir réellement les résultats attendus. Après le massage le malade doit se reposer pendant une heure ou deux, mais ce n'est pas indispensable.

Ce qu'il faut surtout exiger, c'est que les malades suppriment tout exercice trop fatigant et surtout entraînant une trépidation. Selon leur condition sociale il faudra proscrire l'abus de la danse, longues courses en chemins de fer, en auto, cirage de parquets, couture à la machine, etc. Les rapports sexuels doivent être diminués autant que possible, quelque fois même interdits pendant toute la durée du traitement.

La durée du traitement est variable, il faut tenir compte des réactions individuelles de la malade. En moyenne une cure complète est de 15 à 20 séances, à condition que le traitement soit suivi consciencieusement.

La malade doit être revue et au besoin la cure répétée.

D'une manière générale, une séance tous les deux jours sera suffisante, l'action du traitement se prolongeant au delà du jour où la malade a été traitée. Il y a de cas où on répète les séances quatre fois par semaine, et d'autres où une séance quotidienne peut-être nécessaire (Wetterwald et Vignes).

C'est qui est indispensable à la réussite du traitement et sur quoi nous insistons beaucoup, c'est la régularité de ce traitement. Les séances peuvent être suspendues au besoin pendant les premiers jours des règles. Il n'y a en effet aucune contre-indication. Au contraire, cette période est le moment d'élection pour la réduction des rétroversions, l'utérus étant plus mobilisable.

La durée des séances au début du traitement ne doit pas dépasser 4 à 5 minutes. On peut l'augmenter progressivement sans dépasser 10 minutes. Pour obtenir un réflexe rapide et puissant, il faut une excitation courte. Toute excitation prolongée fatigue le système nerveux qui ne réagit plus.

Elle détermine aussi une vaso-dilatation permanente, d'où stase veineuse pelvienne que nous voulons éviter à tout prix.

On ne peut donc donner des règles absolues, mais seulement des indications générales pour la bonne conduite du traitement. Dans toute méthode thérapeutique de cet ordre, le facteur personnel joue un grand rôle, le médecin doit avant tout se montrer un bon observateur. Il s'agit, en effet, de remarquer toutes réactions minimales qui vont se produire au cours

du traitement, d'apprécier à leur juste valeur les indications, les impressions données par la malade. Ce sont tous ces renseignements précieux qui permettront la conduite judicieuse du traitement et d'établir la dose optima. Cette dose est obtenue, lorsque la malade après les séances, accuse une amélioration, une sensation de bien-être que traduit cette expression si souvent entendue : je ne sentais plus mon ventre.

Au contraire, un traitement, qui laisse la malade fatiguée et énervée est, en général un traitement mal fait, aux manœuvres trop brutales ou trop prolongées.

Une seule cure ne suffit pas, en général, à guérir la malade. Des cures d'entretien seront nécessaires. Elles seront de plus en plus courtes et espacées.

Le matériel employé peut-être des plus simples : divan ou chaise longue assez dure sur laquelle la malade s'étend, la tête légèrement relevée, en relâchement musculaire aussi complet que possible. Cependant il est préférable comme pour tous les examens gynécologiques d'utiliser une table absolument rigide.

Nous rappelons l'importance de la dilatation du col qu'il faut assurer dans certains cas avant le traitement par le massage. Nous savons que le massage provoque presque toujours une exsudation leucorrhéique assez abondante et il faut que cet écoulement puisse se faire facilement. D'autre part l'atrésie du canal cervical doit être vaincue. Cette dilatation se fait en général d'une façon spontanée dès la première séance et ce n'est que dans certains cas seulement où on est

obligé d'intervenir (bougie d'Hégar, bistouri). La vessie et l'intestin doivent être libres. La kinésithérapeute est assise à gauche de la malade de manière à ce que les genoux soient à la hauteur du plan du divan ou debout.

Technique proprement dite.

Les diverses manœuvres qui interviennent dans ces conditions sont les suivantes :

- 1° L'effleurage;
- 2° Vibration;
- 3° Friction circulaire ;
- 4° L'étirement;
- 5° Redressage de l'utérus;
- 6° Relèvement et soulèvement de l'utérus;
- 7° Pétrissage ou malaxation.

1° L'EFFLEURAGE.

C'est une manœuvre qui peut être pratiquée : soit au niveau de la paroi abdominale comme premier temps de massage gynécologique, soit directement au niveau des organes génitaux.

a) *Dans le premier cas* l'abdomen est tout d'abord légèrement saupoudré de talc. On fait alors glisser légèrement la paume des mains posées à plat et à la face palmaire des doigts, en gardant une même pression. La vitesse de progression restant la même on dépasse largement la zone des organes génitaux, on l'étend à tout l'abdomen, remontant au-dessus de

l'ombilic, redescendant jusqu'aux faces antérieurs des cuisses. Il n'y a pas de sens spécial, mais le contact des mains avec le tégument ne doit pas être interrompu.

L'effleurage, dans ce cas, a pour but de provoquer le relâchement de la paroi musculaire, de donner confiance à la malade et de déclancher un réflexe.

b) *Dans le second cas*, l'effleurage est pratiqué avec la pulpe de l'index soit simplement enduit de vaseline stérilisée soit recouvert d'une très mince doigtier. L'index de la main gauche est introduit dans le vagin, et parfois aussi de préférence dans le rectum.

Par le rectum l'effleurage se pratique la malade étant debout pour que l'index puisse pénétrer le plus haut possible. Le pouce se pose alors sur la face antérieure du col sans appuyer; son rôle se borne à le maintenir. C'est la voie d'élection dans les cellulites du plancher et des parois pelviennes. C'est également par cette voie que l'on agira électivement sur les ligaments utéro-sacrés, et sur la face postérieure des utérus rétro-déviés et immobilisés par la cellulite. Le doigt après avoir dilaté le sphincter, déprime doucement le plancher et exerce des effleurages sur les parois, de bas en haut, aussi haut que possible. Comme règle fondamentale, il faut insister sur le fait que cette manœuvre doit commencer très doucement et ce n'est que graduellement qu'on arrive à donner l'énergie nécessaire.

Par la voie vaginale, on agira de même avec la pul-

pe de l'index, dans les cas de cellulite des cloisons recto-vaginales.

L'effleurage, pour être plus efficace, doit être en même temps accompagné des vibrations, c'est là un point important.

2° LA VIBRATION.

C'est une manœuvre essentielle dans un massage gynécologique. On commence par l'hypocondre et fosse iliaque gauche puis à droite et au-dessus de l'ombilic. Les doigts sont placés à plat sur la région inguinale, le pouce rapproché des autres doigts. La vibration se fait avec la paume de la main droite, les doigts sont légèrement fléchis, le pouce soutient. La pression légère devient alors « vibrant ». Le mécanisme de la vibration peut s'expliquer par le déclenchement d'un tremblement vertical même, venu de l'avant-bras et du bras. La direction du mouvement vibratoire doit être perpendiculaire à la région à traiter pour être pénétrante. Il faut qu'elle soit rapide, égale en amplitude et en vitesse, est sans soubresauts pour être efficace. De toutes les manœuvres massothérapeutiques, s'est le plus difficile, la plus fatigante, mais aussi la plus active. Elle est avant tout décongestionnante, enlève toute douleur à la malade et doit la soulager après 10 à 15 séances au plus.

Suivant le cas, la vibration se fait plus profond et est accompagnée d'étirement et d'élévation légère. L'index gauche dans le vagin soutient et surveille les organes génitaux. Au bout d'un certain temps on fait

des mouvements de va-et-vient de l'index en poussant le col de gauche à droite et d'avant en arrière. Puis on lâche doucement le col et on le replace dans sa position première.

Ce massage agit en assouplissant et libérant les adhérences en même temps que la circulation sanguine, qui était exagérée ou déficiente, est améliorée, la nutrition mieux assurée et les résorptions stimulées. Un massage intense provoque un accroissement des échanges. Un massage léger agit comme stimulant de l'innervation sur l'activité vasculaire et conduit à une meilleure nutrition des tissus.

3° LA FRICTION CIRCULAIRE.

On ne peut la commencer qu'après libération des annexes de toute inflammation, il ne faut pas que la malade souffre.

La paume droite toujours guidée par l'index gauche, étant inclinée vers le bord cubital ou pratique les mouvements avec la face palmaire des phalanges et des phalangettes, des quatre derniers doigts. On appuie légèrement sans enlever la main successivement à droite, puis à gauche de l'abdomen, on soigne les gros intestins, les annexes droites et gauches, la masse de l'intestin grêle.

Les frictions circulaires doivent être courtes et intercalées avec des mouvements d'effleurage et vibratoires.

4° L'ÉTIREMENT.

Il a pour but d'assouplir et d'allonger les ligaments raccourcis, les adhérences formées. C'est une manœuvre qui ne doit être employée qu'avec précautions en l'absence de tout phénomène inflammatoire ou douloureux de l'utérus et des annexes.

Dans cette manœuvre il faut tenir compte de la position très haute de l'index gauche dans le cul-de-sac de Douglas. Pendant ce temps la main droite pousse le corps utérin avec le 3^e, 4^e, 5^e doigts légèrement fléchis appuyés avec le bord dorsal de l'auriculaire et le bord cubital de la main droite, mouvements de droite à gauche, combinés avec des mouvements de pression de l'index gauche dans le vagin sur la partie latérale du col. Ce mouvement est indiqué pour lutter contre les déviations utérines et annexielles, les ovaires collés contre l'os iliaque pour étirer les ligaments raccourcis. Le mouvement d'étirement de gauche à droite et de droite à gauche doit être combiné au mouvement de haut en bas. La main droite sur la face postérieure de l'utérus, l'index gauche dans le Douglas derrière le col utérin, appuyer légèrement de haut en bas et d'arrière en avant. Un mouvement qui est à recommander pour fortifier les ligaments dans la rétroversion est celui-ci : on place l'index gauche dans le Douglas, la face palmaire contre le col. La main droite appuyée sur l'isthme, placée contre le pubis. On fait avec les deux mains ainsi placées de légers mouvements de va-et-vient

d'avant en arrière, en ayant soin de soutenir toujours l'utérus. On le fait basculer en le tenant à demi, puis on lui laisse reprendre sa position initiale.

5° REDRESSAGE DE L'UTÉRUS.

Est une forme spéciale d'étirement sur laquelle nous insisterons beaucoup dans les cas de ptose et surtout dans les rétradéviation rendues mobilisables sans douleurs au cours des premières séances. Un utérus rétroversé ne peut-être remplacé que s'il n'y a plus aucune lésion inflammatoire ni du côté des annexes ni du côté de l'utérus. Dans les rétroversions anciennes il faut compter 10 à 15 séances de massages doux et décongestionnants avant d'entreprendre le redressage proprement dit.

Ce mouvement consiste en une pression progressive exécutée au-dessus du pubis et correspondant en profondeur à l'isthme utérin. Pour ce faire, l'index gauche prend un point d'appui sur la face antérieure du col, et le médus en arrière du col, sur le fond utérin.

On fait descendre les 4 doigts de la main droite en pronation dans le cul-de-sac péritonéal antérieur, derrière la symphyse, sur la vessie vide et on appuie progressivement et profondément. Ces mouvements combinés tendent à chasser le col en arrière, et à incliner le corps utérin vers le pubis. Quand la main droite sent le fond de l'utérus qui se soulève, sa face palmaire s'insinue alors en arrière de l'utérus et le

pousse doucement de haut en bas et d'arrière en avant vers le pubis.

Ce mouvement peut-être répété à plusieurs reprises dans une séance. Il se termine par quelques mouvements vibratoires et effleurages circulaires. Il est rare qu'on obtienne la réduction en une seule séance. Mieux vaut répéter la manœuvre à la séance suivante que provoquer la douleur.

Dans certains cas, on doit d'abord pratiquer le massage par voie rectale. La manœuvre est exécutée par la main gauche seule, dont le pouce est introduit dans le vagin et l'index dans le rectum. Le doigt vaginal appuie sur la face antérieure du col et le doigt rectal soulève le fond utérin. Le bras droit aide alors la malade à passer de la position dorsale à la position genu-pectorale. Le doigt rectal appuie et pousse doucement mais avec patience et persévérance la paroi postérieure de l'utérus, en bas et en avant. Simultanément, le doigt vaginal appuie très légèrement sur le col d'avant en arrière. Il faut se garder de pousser l'utérus trop haut sous le promontoire de peur de l'enclavement.

Ces manœuvres doivent être répétées à plusieurs reprises et toujours terminées par quelques frictions circulaires et par un massage vibratoire. Il sera bon de conseiller à la malade de garder la position ventrale un quart d'heure après la réduction et même pendant la nuit si possible.

Les manœuvres de relèvement et de soulèvement de l'utérus sont indiqués en cas de déplacement de

l'utérus et des ovaires. Pour les exécuter, le médecin a besoin d'un aide qui fait, de l'extérieur, la remise en place de l'organe pendant que le médecin, du côté du vagin, contrôle et dirige l'opération. La malade encore est ici dans la position de traitement gynécologique. Le médecin place son index gauche dans le vagin et exerce sur le col utérin une pression dirigée en haut et en arrière. Si l'utérus est en rétroflexion, on le remet d'abord en place par manœuvre bi-manuelle. La main droite est placée sur l'abdomen dans la région de l'ombilic et exerce sur le côté postérieur (face) de l'utérus une pression qui le tient en antéflexion entre les deux mains. En même temps, la main rassemble la peau du ventre, vers la symphyse pubienne en lui faisant faire un pli. L'aide doit alors saisir de l'extérieur, l'utérus et le remonter. Pour cela, il se place au pied du lit avec le genou gauche sur le lit. Il a les pieds de la malade entre ses jambes et sa poitrine s'appuie sur les genoux de la malade, de sorte que, quand il se penche en avant, il fléchit de plus en plus les cuisses. Il faut qu'ainsi il se tienne solidement parce que, dans la manœuvre du relèvement, il faut qu'il se penche tout à fait en avant. L'assistant met donc ses deux mains en supination avec la face palmaire largement appliquée sur le corps dans la région de l'épine iliaque antérieure et supérieure. Le bout des doigts est tourné vers le bas. Il exerce encore en se penchant lentement de plus en avant, une pression régulière en haut, en dedans, le long de l'aile iliaque. Il élève ainsi la totalité de la masse viscérale et l'utérus avec elle. Dans cette ma-

nœuvre, il faut faire en sorte que l'utérus ne soit pas refoulé en arrière mais réellement relevé.

A ce relèvement, succède le soulèvement de l'utérus. L'attitude de l'aide reste la même, mais il place ses mains autrement. La pointe des doigts vient s'appliquer juste au-dessus de la symphyse. On les fléchit alors un peu et on les pousse graduellement en bas dans le bassin de manière à les faire arriver sous la face antérieure de l'utérus. L'utérus est alors par le même mouvement du corps que ci-dessus, transporté en avant et en haut, en tournant, dans l'excavation du sacrum. Si le prolapsus est très accusé, on peut parfois le remonter jusqu'à l'ombilic.

Ces manœuvres sont utilisées ainsi que le redressement de l'utérus en cas de *ptose*, *prolapsus* et aussi *rétroflexion*. Dans le premier cas, on remonte l'utérus le plus haut possible et on lui rend la liberté que très lentement. En cas de *rétroflexion* au contraire, on lui rend la liberté tout d'un coup. Le revêtement péritonéal mis en tension, le ligament rond et les parties antérieures des ligaments larges tirent alors le fond de l'utérus en avant.

On ne peut pas exécuter ces manœuvres parfaitement le premier coup. Trois ou quatre jours se passent avant que le malade n'y soit suffisamment accoutumé.

L'action de ces manœuvres est double. D'abord les vaisseaux redeviennent perméables alors qu'ils étaient tordus et comprimés. La circulation se trouve ainsi améliorée, l'hypertrophie et l'infiltration rétro-

cèdent, le catharre utérin, suite de la stase sanguine, disparaît et avec lui, les principaux troubles gênants. En second lieu, et principalement, les appareils suspendus de l'utérus sont étirés, leur élasticité stimulée exactement comme un muscle se refait par le massage et l'exercice, ces appareils peuvent dès lors tenir l'utérus à nouveau suspendu dans sa position correcte, d'autant plus qu'il est revenu à sa grosseur normale.

7° *Le pétrissage ou malaxation.*

Est une manœuvre réservée aux cas de cellulite de la paroi. Les deux mains agissent de concert. Peau et tissu cellulaire sous cutané sont soulevés en un pli, entre la pulpe du pouce et celles jointes de l'index et du médium, des deux mains placées côte à côte. Les pouces gardant le contact, on progresse en faisant faire un second puis un troisième pli, etc... en imprimant un mouvement de roulement des deux faces du pli l'une sur l'autre et en même temps un mouvement de torsion. Cette manœuvre est douloureuse, aussi doit-elle être faite dans certains cas avec beaucoup de douceur et ce n'est souvent qu'après un certain nombre de séances que l'on pourra malaxer plus franchement l'empâtement cellulitique. On doit s'arrêter quand on a obtenu une réaction vaso-motrice avec rougeur érythémateuse de la peau.

Telles sont les manœuvres principales du massage utérin.

8° *La gymnastique abdomino-pulvienne.*

Est un complément indispensable de ces manipulations. Il s'agit de gymnastique congestionnante ou *décongestionnante*, ou de gymnastique tendant à la réfection des muscles du plancher pelvien. Le mouvement de la gymnastique congestionnante sont ceux qui appellent le sang vers le bassin et vers les membres inférieurs. Ce sont les mouvements qui accroissent la circulation sanguine dans l'artère iliaque primitive.

1° *L'abduction* est une manœuvre décongestionnante d'une réelle efficacité, et est un adjuvant précieux dans certains cas de stase pelvienne.

« Le mouvement d'abduction semble agir en dérivant le sang du bassin vers les masses musculaires pelvi-trochantériennes. La déplétion des vaisseaux utérins et justa utérins aurait pour effet de réveiller la contractilité de ces vaisseaux ». (Henri Vignes).

Ce mouvement d'abduction peut être prolongé pendant toute la durée du mois chez les femmes dont les règles sont en avance et trop abondantes; mais suspendu quelques jours avant et pendant toute la durée des règles chez celles dont le rythme mensuel est normal. L'abduction fémorale est un mouvement actif avec résistance.

La malade est couchée sur le dos, jambes fléchies, les talons réunis et aussi près que possible des fesses, dos et reins soulevés par ses propres forces de sorte que ses seuls points d'appuie sont la nuque et les talons; elle respire librement.

Le médecin se place debout au pied de la chaise longue. Il applique la paume de ses mains sur la face externe des genoux de la malade. Le mouvement comprend deux temps.

1^{er} La malade écarte doucement les jambes et le médecin lui oppose dès le départ une certaine résistance.

2^e Au maximum d'écartement le médecin rapproche les genoux et c'est la malade qui oppose une résistance. L'effort donné dans les deux temps doit être le même.

Le médecin doit donc proportionner la résistance qu'il oppose, à la force musculaire de la malade.

Il faut avant tout éviter que le mouvement soit saccadé, car il fatigue alors le sujet sans l'améliorer. Il peut être fait trois à cinq fois de suite et répété même à plusieurs reprises dans la journée dans les cas d'hémorragie abondante.

2^e *L'adduction fémorale* est surtout utilisée dans les cas de prolapsus et de périnée déficient. Il se conduit comme le précédent mais à l'inverse. Le médecin, la paume des mains en dedans des genoux les écarte, la femme s'opposant à l'écartement, contracte ses adducteurs. Elle les rapproche ensuite et le médecin alors oppose une résistance. Dans ce jeu des adducteurs, les releveurs de l'anus se fortifient puisqu'ils travaillent énergiquement.

On prescrit à la malade de faire deux à trois fois par jour par série de 10 mouvements la contraction

volontaire des sphincters : la malade est debout contre un mur, croise une jambe sur l'autre, les mains derrière le dos et contractant ses sphincters pour les relâcher ensuite comme si elle retenait ses matières et ses gaz. Les muscles du périnée sont tous mis en jeu : surtout les releveurs de l'an us et les splincters.

3° *Les tapotements du sacrum*, le dernier mouvement qui nous reste à décrire dans la gymnastique abdomino-pelvienne.

Ils consistent en chocs plus ou moins forts, pratiqués avec le bord cubital des mains de chaque côté de la colonne vertébrale à 4 à 5 reprises.

On les appelle aussi hachures, les poignets très souples on exerce sur les parties latérales du rachis des mouvements en petits coups — en hachures — l'auriculaire frappe seul.

Lorsqu'on pratique ce tapotement dans une position commode de la malade — celle qui consiste à appuyer sur une chaise le corps légèrement incliné — et que les coups sont puissants, ils provoquent un accroissement de l'irrigation sanguine. Lorsque la position est, au contraire, une position difficile — celle qui consiste à soutenir, avec les bras étendus à la hauteur des épaules, le corps fortement incliné contre un mur — et que les coups sont légers, ils diminuent cette irrigation. On sait, en effet que de légers chocs stimulent les nerfs élévateurs du tonus vasculaire.

EFFETS — MODE D'ACTION.

Considérations générales.

Brandt faisait son traitement avec beaucoup de douceur et de précaution. Il a remarqué dans les cas d'utérus rétroversé que pendant le redressement de l'utérus dévié, la malade accusait toujours une petite souffrance faible et très peu durable. Après la séance la malade sortait heureuse et soulagée. Il faisait ces massages pendant plusieurs semaines pour être efficaces et durables.

L. Netter remarque l'intensité et la durée des réactions provoquées par une aussi faible intervention que celle qui consiste à pratiquer pendant quelques minutes des effleurages et des frictions circulaires au niveau de téguments sous-ombilicaux. Une faible intervention déclenche des réactions intenses et prolongées.

La puissance des réactions est liée à ce fait que nulle région, chez la femme, n'est plus riche que le petit bassin en filets et en plexus nerveux, en vaisseaux lymphatiques et sanguins.

Tout le bassin est tapissé intérieurement par le

tissu cellulaire où se rendent les terminaisons nerveuses, les tissus sont très souvent le siège de cellulites très douloureuses. Le moindre déplacement des organes génitaux peut provoquer une plus ou moins grande congestion et par conséquent une douleur.

Descriptions des effets du massage gynécologique.

1° Effets immédiats.

Si l'on procède à des effleurages superficielles et à des frictions circulaires des téguments sous-ombilicaux on observe des phénomènes qui se succèdent dans l'ordre suivant :

On voit d'abord apparaître une rougeur du visage, du cou qui persiste quelques instants et qui habituellement ne survient que chez les femmes nerveuses. Cet érythème semblerait dû à une inhibition du sympathique au niveau des ganglions qui serait commandé par un centre vaso-dilatateur bulbaire. Stanley Hall explique ce réflexe par un afflux à la tête du sang détourné des parties sexuelles, mais cela paraît peu probable, car après quelques secondes, et tandis que le réflexe cervico-facial persiste encore, on aperçoit sur les téguments hypogastriques une rougeur assez vive qui va s'accroître jusqu'à la fin du massage et persistera même quelque temps après. Cette rougeur généralisée est identique à celle qui survient consécutivement au massage de n'importe quelle région de la peau, donc elle n'est pas d'ordre émotif.

Ces érythèmes des téguments s'accompagnent de

changements insignifiants du nombre des pulsations cardiaques qui se traduisaient le plus souvent par un ralentissement. Quant à la tension artérielle, on constate souvent un léger abaissement de la maxima (1-2 centim.), tandis que la minima restait inchangée.

Après quelques effleurages on s'aperçoit par le toucher que les culs-de-sac vaginaux deviennent plus dépressibles ; le col utérin remonte lentement dans l'excavation qui semble elle-même se dégager progressivement. A partir de ce moment on doit rendre les frictions circulaires plus profondes, en déprimant la paroi abdominale avec une force un peu plus grande, de manière à solliciter aussi la sensibilité des muscles de la paroi. Le dégagement de l'excavation pelvienne continue à s'effectuer et quelque fois on arrive à palper le fond du paramètre avec les doigts vaginaux, ce qui permet de repérer les ligaments larges et les organes contenus dans leurs replis.

Dans certains cas, les perceptions tactiles sont plus nettes par la voie rectale.

Il arrive aussi qu'au cours des premiers massages, la phase de dégagement pelvien ne se produise pas ; il faut suivre une progression prudente et au bout de quelques séances on obtient la mobilisation cherchée.

2° Effets rapprochés.

Après le massage la malade doit se reposer pendant quelques heures. Elle accuse une sensation de bien-être qui se traduit par une accalmie très appré-

ciable des douleurs locales. On peut vérifier à l'examen qu'il y a en effet une atténuation réelle de l'empâtement pelvien et une mobilité plus grande de l'utérus et de ses annexes.

A cette phase succède une autre d'une durée habituelle de 24 à 36 heures, au cours de laquelle se développent avec une certaine intensité et une complexité croissante les divers réflexes engendrés par le massage. La malade accuse une sensation de fatigue d'autant plus vive qu'elle s'est moins reposée pendant les premières heures, et accompagnée d'irradiations douloureuses surtout marquées vers les membres inférieurs. A l'examen bimanuel l'empâtement réapparaît, les tissus semblent de nouveau œdématisés, l'utérus et les annexes reprennent leur fixité au milieu de leur gangue paramétrique. A propos de cette réaction *deux faits sont à noter* :

1) Le premier c'est que plus le nombre des séances s'est multiplié, plus la réaction inflammatoire de la seconde phase s'atténue jusqu'au moment où elle finit par disparaître complètement.

2) D'autre part, si l'on ne calcule pas d'une manière suffisamment précise la force et la durée des manœuvres qu'il faut exécuter à une période donnée dans chaque cas, et si l'on dépasse la dose utile et suffisante, surtout au début, on s'expose à des réactions de trop grande intensité qui remplace l'effet favorable par une action nuisible et même dangereuse. Cette réaction congestive s'atténue donc assez

rapidement et tout rentre dans l'ordre. Si on examine la malade on peut apprécier l'étendue du terrain gagné, plus ou moins important suivant le cas ; cette constatation est de première valeur, car elle permet de mesurer la dose de massage qu'il y aura lieu d'employer pendant la séance suivante et le temps approximatif qu'il faudra pour parcourir par échelons, les diverses étapes du traitement.

3° *Effets éloignés.*

La notion d'échelons qu'on propose à propos des intervalles qui séparent chaque séance de massage apparaît encore plus nettement si l'on considère ceux qui s'étendent d'une période menstruelle à l'autre. Ses faits se présentent alors avec un aspect qu'on aurait pu prévoir à priori lorsqu'on connaît les symptômes auxquels donne lieu le molimen cataménial. En effet, à mesure qu'on s'approche de cette date les lésions inflammatoires utéro-annexielles ont tendance à subir une sorte de fluxion progressive. Il faut alors redoubler de prudence dans les manœuvres, car le seuil du massage approprié à la production d'une deuxième phase normale s'abaisse à ce moment, et l'on s'expose, avec une intervention de force seulement égale à la précédente, à dépasser la dose liminaire. Après les époques par contre, on constate un abaissement très grand du niveau de la congestion pelvienne, ramenant celle-ci à un étage notablement inférieur à celui correspondant à la fin des règles immédiatement antérieures, et qui mesure l'étendue du terrain gagné.

A chaque époque, ces phénomènes se reproduisent dans le même ordre, et la même détente consolide les progrès accomplis.

Lorsque le massage est continué avec des précautions, les résultats sont les suivants :

D'abord on assiste à l'atténuation puis à la disparition des cedèmes qui occupaient les paramètres ; de même les épaissements qui remplissaient les espaces interstitiels des tissus appartenant aux viscères pelviens subissent une régression progressive qu'on apprécie de plus en plus aisément par le palper et le toucher combinés ; on suit alors sans difficulté le trajet des trompes, dont les kystes ou les nodules inflammatoires deviennent accessibles à un pétrissage modéré. Les brides et les adhérences consécutives, à la cellulite, et péritonite adhésives, en particulier dans la forme décrite sous le nom de « douglas-site » (Condamin), sont facilement repérées et finissent par céder du terrain, quand elles ne s'effacent pas complètement.

L'hydrosalpinx par brides interstitielles ou isthmiques, les obstructions du pavillon par les exsudats agglutinants, cèdent sous l'influence du massage, et les trompes oblitérées peuvent même redevenir perméables. Certaines salpingites suppurées, de gravité atténuée, peuvent guérir en s'évacuant par voie naturelles ; une recrudescence des pertes blanches dont se plaignent les malades est un signe d'amélioration, cette leucorrhée étant provoquée par une évacuation salubre.

Par les massages combinés avec la pression redressante et les manœuvres bimanuelles, on arrive à replacer en position normale la plupart des rétrodéviations utérines, lorsque ces vices de position sont occasionnés par l'hypertrophie du fond de l'organe maintenu en avant du sacrum par la périviscerite et les adhérences. Après un nombre variable de séances, l'utérus finit par basculer dans les circonstances heureuses, un seul redressement suffit quelquefois à donner un résultat définitif mais le plus souvent, il faut du temps et des efforts répétés pour fixer sans récidive en position normale l'organe rétroversé.

Cette réduction manuelle des rétroversions non adhérentes préconisée par le prof. P. Mocquot doit s'accompagner d'une contention : l'utérus rétroversé peut être assimilé à un article luxé qu'il faut réduire, puis contenir. La réduction s'obtient en bourrant le vagin de coton, en sanglant l'abdomen et en laissant la malade en position couchée absolue pendant plusieurs jours. Au bout de 5 à 6 jours, on peut enlever les moyens de contention. Si la rétroversion se reproduit, on peut tenter un deuxième essai de réduction manuelle, en cas de nouvel échec mieux vaut recourir à l'intervention chirurgicale.

Le massage agit manifestement sur les dysménorrhées surtout lorsqu'elles sont provoquées par antéflexion à angle aiguë, les hyperplasies péri-isthmiques, la rétraction des ligaments utéro-sacrés, les brides siégeant en maintes régions, surtout celles qui déterminent les oblitérations tubaires ou les coudures uté-

rines prononcées. Le massage abdomino-rectal est ici généralement plus efficace. C'est également par ce procédé, alternant avec les massages vaginaux qu'il faudra traiter les inflammations des culs de sacs. Certains cas de stérilité dépendant de lésions relevant du massage seront guéris plus ou moins rapidement par l'emploi de cette thérapeutique.

MÉCANISME

Le mécanisme de l'action est très discuté par les différents auteurs. Les uns affirment que le massage agit mécaniquement sur la circulation veineuse et lymphatique donc sur la nutrition des tissus.

Il agit peut être par réflexe à arc très court dont le point de départ est tégumentaire et musculaire, et l'aboutissant vasculaire.

Il agit peut être à arc long sur le système sympathique.

Certains travaux ont démontré l'action du massage abdominal sur la tension artérielle, les glandes endocrines, sur les reins et le cœur.

Le massage agit sur le tonus du muscle utérin qui le fait varier dans un sens ou dans un autre.

Netter parle de la naissance des réflexes d'origine tégumentaire d'une part, muqueuse vaginale ou rectale d'autre part, suivant que l'on a choisi l'une ou l'autre de ces voies.

Nous voyons donc les possibilités multiples de l'action par les différents mécanismes. Nous insisterons

également sur les résultats obtenus dans les dysménorrhées et aménorrhées et plus loin sur les développement de l'utérus infantile à la suite d'un traitement approprié.

Dans les affections que nous venons d'énumérer il y a sûrement reprise de développement du cycle menstruel ou de l'utérus lui-même. Est-ce par action direct ou indirecte, nos recherches ne nous ont pas permis de l'approfondir.

INDICATIONS

Avant de commencer une massothérapie nous devons bien connaître les lésions ou altérations que nous voulons traiter.

L'indication emporte largement sur la technique. Bien entendu, une main experte est nécessaire pour obtenir les résultats désirés, mais elle peut déterminer des troubles importants lorsque son indication n'est pas justifiée.

Nous ne saurons pas trop insister sur l'importance d'un examen préalable minutieux de tout l'appareil génital de la femme. On évitera ainsi des déceptions bien nombreuses.

La massothérapie est indiquée dans les affections suivantes :

1° *Les déviations utérines :*

- a) rétroversion ou rétroflexion.
- b) antéversion ou antéflexion.
- c) latéroversion ou latéroflexion.

2° *Utérus infantile* :

- a) stérilité.
- b) aménorrhée.

3° *Troubles de la menstruation* :

- a) oligo- et aménorrhée.
- b) dysménorrhée.
- c) ménorragies.

4° *Prolapsus utérin.*

5° *Cellulite.*

6° *Infections chroniques* :

- a) adhérences.
- b) salpingo-ovarites et
- c) métrites, accompagnées de péricervicite ou paramétrite.

7° *Vaginisme.*

8° *Subinvolution utérine.*

CONTRE-INDICATIONS

Les contre-indications sont de deux ordres : générales et locales.

1° *Générales* :

- a) les brightiques.
- b) la tuberculose.
- c) inflammation du péritoine aiguë et subaiguë.
- d) névropathie.

2° *Locales* :

- a) salpingo-ovarites aiguës.
- b) néoplasme.
- c) fibrôme.
- d) kyste.
- e) grossesse ectopique (!)
- f) Les adhérences très anciennes (*inefficacité*).

INDICATIONS

1° *Les déviations utérines* sont traitées avec beaucoup de succès par les massages utérins. Nous rapporterons plusieurs observations à ce sujet qui sont très démonstratives. Le succès est surtout l'apanage des gros utérus mous qui sont enclavés dans une gangue cellulitique. Le résultat est excellent au point de vue douleur, car la malade est presque constamment, dès la première séance, soulagée. Il nous arrive quelquefois de constater que la déviation elle-même n'est pas réduite ou au moins incomplètement et c'est alors qu'on aura recours au traitement chirurgical.

2° *L'utérus infantil* est influencé très favorablement par la massothérapie. Nous relatons les cas de plusieurs malades où à l'examen on a constaté un utérus petit, dur, avec un col très réduit et qui après un traitement bien approprié pendant plusieurs mois devenaient enceintes et portaient avec succès leur grossesse à terme. Le massage est précédé d'une dilatation du col, car l'atrésie du canal cervical doit être vaincue au début de tout traitement de stérilité. Les

séances doivent être courtes et cessées dès l'apparition d'un grossissement ou d'une contractilité.

Pour obtenir un résultat dans les cas de stérilité par utérus infantile, il sera bon ultérieurement de pratiquer une salpingographie au lipiodol pour rendre les trompes perméables.

3° *Les troubles de la menstruation* sont très améliorés par la massothérapie, donnant souvent une guérison complète.

Elle a un rôle certain dans tout les cas de dysménorrhée par troubles circulatoires. On sait que la circulation pelvienne, — pour se faire dans des conditions normales, — exige une intégrité suffisante du système vasculaire. D'autre part, il faut que le sympathique qui intervient là comme ailleurs pour régler le débit sanguin, puisse assurer convenablement cette fonction. Enfin il semble indiscutable, actuellement, que l'ovaire, par ses sécrétions ait un rôle capital sur la circulation pelvienne. Il règle par ses hormones folliculaires et celles du corps jaune les phénomènes vasculaires liés à l'ovulation et à la préparation de la muqueuse utérine à la nidation.

On comprend donc que le massage gynécologique par l'intermédiaire du sympathique, puisse avoir une action favorable sur les dysménorrhées liées à des troubles du fonctionnement ovarien et de la circulation pelvienne.

Il peut s'agir des congestions ovariennes, dans laquelle les flux sanguin ovarien trop abondant, dis-

tend trop violemment un ovaire peut être déjà légèrement sclérosé.

Dans d'autre cas il s'agit de congestion utérine exagérée. La douleur sera surtout marquée au moment de la contagion physiologique normale, c'est-à-dire la quinzaine qui précède les règles. Ce sont les cas fréquents chez la femme à utérus subinvolué avec rétroversion qui aggrave encore la stase veineuse et l'infiltration cellulitique périutérine. Les phénomènes douloureux seront encore plus marqués quand il existe de la sclérose utérine, vers laquelle la congestion utérine tend normalement à évoluer.

Le massage nous paraît assez inefficace dans les dysménorrhées par sténose isthmique d'origine congénitale ou cicatriciel, ou par coudure, en particulier dans les antéflexions forcées, ainsi que dans les dysménorrhées dues à la métrite polypeuse.

Nous insisterons également sur les excellents résultats qu'on obtient en l'associant à l'opothérapie ou physiothérapie.

4° *Le prolapsus* réagit très bien au traitement par les massages. Il est à conseiller surtout chez les femmes jeunes ou à l'âge moyen qui ont encore leurs règles, où l'utérus est peu volumineux, susceptible de remonter dans la cavité pelvienne et d'y rester fixé par des différentes manœuvres destinées à refaire muscles et ligaments et à soigner les cellulites avoisinantes qui fixent l'utérus et les décongestionnent. Ce sont les cas non chirurgicaux qui dans les traités de

massothérapie sont les plus intéressants et les plus nombreux.

Chez certaines malades qui ont les tissus très relâchés le massage agit très bien sur le tonus. Il doit *précéder l'opération* — si elle est nécessaire — et faire éviter à la malade des récidives qui nécessiteront une intervention complémentaire. Aussi le traitement par les massages est très indiqué dans les cas où une cellulite post-opératoire apparaît.

Dans toutes ces lésions que nous venons d'énumérer la massothérapie donne de très bons résultats. Par contre son indication n'est pas justifiée dans tous les cas de prolapsus à col ulcéré, à l'utérus dur et très augmenté de volume donnant des hémorragies à la malade ainsi que dans le prolapsus accentué.

Nous insisterons beaucoup sur l'association de la gymnastique aux massages consistant surtout en abduction et adduction fémorales qui ont pour but la décongestion pelvienne et la réfection des muscles du plancher pelvien.

5° *Dans la cellulite* la massothérapie utérine est le mode de traitement primordial. Il existe différentes formes de cellulites pelviennes suivant le siège et le stade évolutif, pouvant s'associer de manière variable et créer des syndromes plus ou moins complexes. Son rôle capital est de régulariser la circulation pelvienne. Elle est formellement contre-indiquée dans tous les cas de phénomènes infectieux en évolution.

Dans les cas plus anciens où les lésions sont parfaites

tement refroidies, la massothérapie reprend alors toute sa valeur. Ce sont les cas où sont portés les diagnostics de périmétrite, péricervicite, périsalpingite, fixant plus ou moins l'utérus.

Le massage joue un rôle important dans certains cas chroniques pour lesquels l'indication opératoire est discutable. Elle permettra en effet, d'une part de préciser l'état des lésions, dégagées de leur gangue cellulitique, d'autre part elle facilitera l'acte opératoire.

La massothérapie sera encore un auxiliaire précieux du chirurgien dans les cellulites chroniques post-opératoires. Le traumatisme opératoire créant un point d'appel de la femme prédisposé par un terrain neuro-arthritique, au développement d'une cellulite.

6° *Les infections chroniques*, les salpingo-ovarites latentes, les métrites, les adhérences traités par le massage donnent des résultats très intéressants. Précisons tout de suite qu'il s'agit bien des cas non fébriles sans altération de l'état général et sans collection purulente qui seront justifiables de ce traitement qui doit toujours être pratiqué avec beaucoup de prudence et interrompu à la moindre poussée infectieuse.

Les *adhérences* péritonéales et les adhérences très anciennes n'obéissent pas à la massothérapie. Au bout de 3-4 séances on se rend compte de la nature de la lésion et il faut alors changer le traitement.

La massothérapie agit surtout sur la cellulite environnante qui se résorbe, la gangue cellulitique fond sous l'influence de ce traitement et nous constaterons une sorte de diminution de la lésion.

En effet, après quelques séances la lésion étendue devient de plus en plus limitée pour arriver à un stade où son importance et étendue deviennent minimes. Donc, ce mode de traitement nous permet d'atténuer certaines salpingo-ovarites et métrites et améliorer au maximum les troubles fonctionnels. En dégagant les organes de leur gangue cellulitiques il aidera alors à préciser les lésions pour poser s'il y a lieu l'indication opératoire.

Dans les *métrites*, on comprend facilement que les cautérisations, les crayons ou ovules chargés de médicaments divers ne peuvent avoir qu'une action éphémère, qu'ils ne peuvent atteindre que le col ou tout au plus la paroi interne de l'utérus et non pas toute la masse de l'organe malade. Le massage agit sur sa totalité et en modifie profondément tous les tissus.

Dans les *salpingo-ovarites*, le massage amènera une congestion locale, une sédation de la douleur, une élimination des sécrétions accumulées dans les diverses cavités du système génital.

Nous insisterons particulièrement sur la constatation d'une *inflammation aiguë* ou d'une *collection purulente* qui sont les *contre-indications formelles* de ce traitement.

7° *Le vaginisme* (toutes vaginites exclues) donne des résultats s'il ne s'agit pas du vaginisme mental qui est l'apanage d'une psychiâtre. Pour avoir les résultats désirés il faut que la malade soit dans un équilibre psychique et physique parfait.

Ce sont les vaginismes par cellulites des parois latérales de l'excavation et de la cloison recto-vaginal qui donnent les meilleurs résultats.

Le traitement demande une douceur extrême, ainsi que beaucoup de patience.

Nous rapporterons le cas d'une malade chez laquelle nous avons pu enregistrer un très beau succès.

8° *La subinvolution utérine post-gravidique* est une excellente indication de la massothérapie. Sous son influence l'utérus diminue de volume, remonte dans la cavité abdominale. Ce traitement permettra d'éviter les accidents qui suivent souvent les subinvolutions, — l'utérus volumineux, qui par son poids retombe en arrière, d'où évolution vers une cellulite qui fixera cette déviation.

TRAITEMENT DE LA STERILITE

OBSERVATION I (inédite, D^r F. Viala)

Mme Z..., 23 ans, réglée à 13 ans, puis à 16 ans, depuis elle n'est plus réglée. Rien de spécial dans ses antécédents héréditaires et personnels.

Mariée à 20 ans.

Elle vient nous consulter après 3 ans de mariage pour stérilité. Femme d'apparence normale, aménorrhéique.

A l'examen gynécologique : utérus tout petit du type infantile, en position normale, mobile. Annexes non douloureuses. Col petit, fermé.

Il est d'abord procédé à une dilatation du col par une bougie d'Hégar, puis le massage gynécologique est institué à raison de 3 massages par semaine. Pendant 5 mois environ le massage ne provoque aucune amélioration du côté grosseur de l'utérus. Il reste toujours petit, ne se contracte pas pendant le massage.

Une salpyngographie est faite qui nous montre un utérus petit, du type infantile, en légère latéro-antéversion gauche. Trompe filiforme, longue, flexueuse, perméable.

Le massage est continué à la même cadence et bien régulièrement. Au bout de 4 nouveaux mois on commence à percevoir une augmentation du volume de l'utérus et en plus celui-ci devient dur. A ce moment-là tout en continuant le massage on commence à injecter régulièrement des extraits glandulaires ovariens et hypophysaires. Au bout de deux mois apparition des règles pour la première fois. Le massage est continué. 4 mois après nouvelle salpingographie qui montre un utérus de taille normale. D'ailleurs en faisant le massage on sent l'organe gros sous le doigt et se contractant.

Un mois après début de grossesse suivie d'un accouchement normal à terme.

OBSERVATION II (inédite, Dr F. Viala)

Mme C..., âgée de 24 ans, bien réglée, vient consulter pour stérilité. A l'examen on constate un utérus petit, du type infantile.

Le massage est institué après dilatation du col trois fois par semaine. Au bout de huit mois l'utérus grossit, pour devenir normal au bout de quatre nouveaux mois.

Six mois après le traitement uniquement par les massages, grossesse.

OBSERVATION III (inéдите, D^r F. Viala)

Mme B..., âgée de 23 ans, vient nous consulter pour stérilité. Bien réglée, subit une opération grave de péritonite appendiculaire à 20 ans.

A l'examen on constate un utérus petit complètement couché sur le côté par une très forte latéro-antéflexion.

Après une dilatation le massage est institué.

Six mois plus tard l'utérus grossit et reprend son plan normal.

La malade ne pouvait pas être suivie.

OBSERVATION IV (inéдите, D^r Mœurs-Blatter)

Mme X..., 33 ans, mariée depuis 6 ans — pas d'enfant — vient consulter pour stérilité.

Règles régulières et normales, aucun antécédent gynécologique.

Examen : utérus petit, immobilisé dans une gangue cellulitique — paramétrite.

Traitement : série de 10 massages, à raison de 3 massages par semaine — résultat excellent, car un mois après : grossesse.

TRAITEMENT DES HÉMORRAGIES ET RETROVERSION

OBSERVATION V (inédite, D^r Mœurs-Blatter)

M^{me} D..., 34 ans, 2 enfants : 6 ans et 4 ans 1/2.
Pas de fausse couche, vient consulter en janvier 1931,
pour hémorragies.

Les règles sont très abondantes avec caillots, durent de 6 à 8 jours, très fortes surtout les 3 premiers jours — sensation de pesanteur entre les règles, surtout dans la station debout prolongée. Les travaux pénibles sont mal supportés. Les douleurs ont leur maximum 5 ou 6 jours avant l'apparition des règles.

Nevrosisme très marqué — constipation — sur les conseils de son médecin elle a suivi un traitement par la sistomensine.

Les règles ont été moins abondantes après ce traitement, mais les douleurs plus vives.

Examen : utérus gros, rétroversé — mobilisation possible, mais un peu douloureuse — le Douglas est sensible et on sent à son niveau de petites irrégularités.

Paroi abdominale faible — ptose gastrique.

Diagnostic : Congestion utérine avec rétroversion — Douglassite — ptose abdominale.

Traitement : 15 séries de massages — pas de gymnastique, opothérapie mammaire.

A la fin du traitement, les règles ont été moins abondantes, l'utérus en position directe, très diminué de volume — le Douglas n'est pas douloureux — les petites irrégularités ont disparu. On conseille le port d'une ceinture abdominale et une nouvelle cure dans 3 mois.

La malade pendant un an n'est pas revenue — au début de 1932, elle demande à être traitée de nouveau — la sensation de pesanteur qui avait totalement disparu la gênant à nouveau. La malade revient pour se faire traiter le 15 mai. Malgré l'opothérapie mammaire qui fut continuée, depuis 3 mois les règles sont redevenues très abondantes — pesanteur pelvienne continuelle.

Examen : Gros utérus un peu en arrière, mais mobilisable — le toucher est très douloureux — les rapports impossibles — le traitement est repris. Trois séances suffisent pour obtenir une diminution notable du volume de l'utérus — le toucher n'est plus douloureux — la malade se sent très bien — on arrête le traitement. La malade devra être revue.

OBSERVATION VI (inédite, D^r Mœurs-Blatter)

Mme B..., 32 ans, mariée depuis 7 ans, — un enfant de 5 ans, accouchement facile, pas de forceps, délivrance artificielle, pas de température.

Stérilité secondaire.

Dans ces antécédents aucun passé génital. Règles régulières tous les 25-26 jours (durée de 3 à 4 jours). Pas de douleurs.

Examen : Utérus en rétroversion, non mobilisable. Traitement par le massage. A la 5^e séance on peut mobiliser légèrement l'utérus. Au bout de 12 séances, la malade se trouve très bien. L'utérus libéré fait son ascension dans la cavité abdominale.

OBSERVATION VII (inéдите, D^r Mœurs-Blatter)

Mme D..., 36 ans — 2 enfants : 12 ans et 10 ans. Réglée régulièrement tous les 30 jours, mais depuis 2 ans, et surtout depuis 6 mois, règles douloureuses et moins abondantes. Ptose viscérale générale.

La malade vient consulter pour pesanteur dans le bas-ventre, qu'elle accuse surtout au moment des règles. Elle est fatiguée — station debout pénible.

Examen : Utérus en rétroflexion. Rien aux annexes.

On commence à la traiter par des massages. Amélioration très rapide du phénomène douloureux — bon état jusqu'aujourd'hui.

TRAITEMENT DU PROLAPSUS

OBSERVATION VIII (D^r Sosnowska-Livet)

Mme N..., 30 ans, vient consulter en janvier 1925, envoyée par son médecin pour périnéorraphie. Opérée il y a 5 ans d'hystérectomie sub-totale pour utérus fibromateux.

Réglée à l'âge de 15 ans, depuis règles régulières, mais très abondantes, laissant la malade dans un état de lassitude et de faiblesse.

Mariée à 23 ans. Un enfant de 6 ans. Pas de fausse-couche.

Examen : La malade a les muscles et les tissus très relâchés, sans tonus. Le col qui est de volume normal descend jusqu'à un travers de doigt au-dessus de l'orifice vulvaire. Pas de déchirure du périnée, mais un relâchement. Cystocèle et rectocèle marquées. Pertes blanches abondantes. Constipation. Colon descendant spasmodique en corde, mince à la palpation. Douleurs et pesanteur dans le bas-ventre : sensation d'un poids qui à la fin de la journée est plus marquée que le matin. Gêne à la marche. Mentalité : état de dépression, neurasthénie, idées de suicide.

Très impressionnable, sursaute au moindre bruit. Le faciès est pâle. Estomac ptosé.

Le traitement par les massages est institué, à raison de 2 fois par semaine, pendant 3 mois.

Elévation du col dans la station debout et couchée. Vibrations et élévation douce sur la région gastrique.

Elle fait chez elle la gymnastique 2 fois par jour, consistant en contraction des réleveurs et des sphinctères. Au mois de mai, après amélioration très marquée, la constipation disparaît, état général meilleur, peut faire des travaux plus durs et marche plus facilement.

Col dans l'axe du vagin, élevé, les muscles ont plus de tonus et leur contracture fait fermer l'orifice vulvaire.

TRAITEMENT DES CELLULITES

OBSERVATION IX (inédite, D^r Mœurs-Blatter)

Mme W..., 37 ans, 3 enfants : 18 ans, 17 ans et 11 ans.

Elle vient consulter pour douleurs dans le bas-ventre : sensation de pesanteur continuelle, douleurs dans les reins. Quelques pertes blanches. Règles régulières, très abondantes, durant 8 jours, sans caillots. Les douleurs commencent quelques jours avant les règles et sont nettement améliorées dès l'apparition du flux menstruel, mais fatigue après les règles. Pas de constipation.

La malade habite dans les colonies (Congo, Indochine).

Examen : Utérus un peu gros, congestionné — situation normale, mais fixé dans une véritable gangue cellulitique.

Diagnostic : Congestion utérine, avec cellulite péri-utérine.

Traitement par les massages et port d'une ceinture. A la 2^e séance : amélioration. Le traitement consiste en 8 séances en tout. L'amélioration persiste, la malade ne revient pas au traitement.

TRAITEMENT DES VAGINISMES

OBSERVATION X (inédite, D^r Mœurs-Blatter)

Mme R..., 24 ans, dactylo, mariée depuis un an, vient consulter pour douleurs de plus en plus vives au moment des rapports qui deviennent ensuite tout à fait impossibles.

Règles régulières normales. Aucun passé pathologique génital — pas de pertes blanches — pas de fausse-couche.

L'interrogatoire permet de constater un équilibre physique et psychique parfait (la femme adore son mari), donc on peut éliminer un vaginisme mental.

Pas de lésions vulvaires, mais le toucher vaginal est intolérable pour la malade. Le toucher rectal réveille une douleur vive au niveau de la cloison recto-vaginale.

On fait cesser tout essai de rapports avec le mari et toute injection, et on commence à la traiter par voie rectale : effleurage léger et vibrant — séances d'abord quotidiennes puis tous les deux jours. Amélioration nette dès la 5^e séance, on continue à traiter par voie vaginale.

L'introduction du doigt, les massages sont de mieux en mieux tolérés par la malade, et après 15 séances ne réveille plus aucune douleur.

La femme peut reprendre une vie génitale normale.

TRAITEMENT DES DYSMENORRHEES

OBSERVATION XI (inéдите, D^r Mœurs-Blatter)

Mme B..., 21 ans, mariée depuis 15 mois, vient consulter pour *stérilité*. Réglée à l'âge de 13 ans 1/2, depuis règles normales et régulières. La malade accuse des petites douleurs quelques jours avant les règles, mais surtout un malaise pendant toute la durée des règles.

Etat général : Fatigue, tension artérielle basse. La malade consulte le docteur Siredey qui trouve une rétroversion, avec périmétrite, et lui ordonne repos au lit, puis massothérapie.

Quelque temps après elle consulte le docteur Lévy qui pose le diagnostic de cellulite généralisée.

Examen : Vagin douloureux, surtout en arrière du col. Utérus rétroversé, difficilement réductible. On sent l'ovaire gauche.

Traitement par le massage. Au bout de 15 séances, malade très améliorée, plus de douleurs, ni de malaises qui existaient auparavant.

OBSERVATION XII (inédite, D^r Mœurs-Blatter)

Mme B..., 36 ans un enfant de 15 ans. Règles régulières, très abondantes. (Durée de 6 à 8 jours).

Séjour à Bagnoles-de-l'Orne, pour phlébite, à la suite d'intoxication.

Vient consulter pour douleurs avant les règles, qui disparaissent au moment du flux menstruel. Il s'agit d'une dysménorrhée, probablement congestive. Dans ses antécédents : entérite chronique, colibacillose.

Traitement par le massage. Au bout de 18 séances très bon état. De temps en temps elle revient pour un traitement d'entretien.

TRAITEMENT DES SALPINGITES CHRONIQUES

OBSERVATION XIII (inéдите, D^r Schiel)

Mlle M..., 39 ans, réglée à 15 ans, très irrégulièrement, avec des retards atteignant plusieurs mois, de durée de 3-4 jours, abondantes et très douloureuses le premier jour.

Mariée à 20 ans. Grossesse aussitôt, normale, mais phlegmon péri-utérin dans les suites de couche nécessitant une colpotomie.

Souffre depuis six mois de nouveau de son ventre sans qu'il y ait de modifications des règles qui sont régulières depuis la grossesse. Pas de température, et on constate la présence d'une grosse masse an-nexielle à gauche, remontant à deux travers de doigt au-dessus de la ligne des crêtes iliaques.

Massage durant le premier mois de l'année 1929. La masse disparaît progressivement et la malade reprend sa vie habituelle.

La malade est revue en 1935, époque à laquelle les règles disparaissent et la guérison de la salpingite persiste depuis sept ans.

OBSERVATION XIV (inédite, D^r Schil)

Mme T..., 35 ans, réglée à 13 ans, règles durant deux jours, peu abondantes et non douloureuses.

Mariée à 20 ans. Deux grossesses sans incidents. Fait en 1929 une crise douloureuse abdominale d'origine colique, à la suite de laquelle apparaissent des pertes et la malade accuse une sensibilité marquée dans le flanc gauche avec douleur irradiée en ceinture et à la cuisse. Massage d'un organe gros et annexes gauches de la dimension d'un œuf.

Traitement durant mars, avril et mai 1930. Guérison clinique se maintenant encore cinq années

CONCLUSIONS

1° Le massage utérin est un traitement de premier ordre dans certaines acections gynécologiques bien définies.

2° L'indication emporte largement sur la technique. Nous ne saurons par trop insister sur la nécessité d'un examen approfondi de la malade aussi bien de son état général que local. Nous avons en effet exposé une méthode simple qui utilisée dans les affections que nous avons énumérées donne des résultats satisfaisants ; par contre, dans les cas formellement contre-indiqués ils peuvent avoir une action néfaste et causer des troubles importants.

3° Il y a des cas où le seul massage utérin peut assurer une guérison complète et définitive. Ainsi nous avons vu des malades dont l'utérus infantile s'est développé et la femme est devenue enceinte.

Les troubles de la menstruation sont améliorés, voir même disparus définitivement.

Chez une femme jeune, avec un prolapsus peu accentué on peut remplacer une intervention chirurgicale trop précoce par le massage qui donne d'excellents résultats.

4° Il y a des cas où les massages doivent être associés à un traitement médical ou physiothérapique. Ainsi nous voyons les troubles de la menstruation, les salpingites, métrites, adhérences améliorées par l'opothérapie, l'électrothérapie, diathermie, les ondes courtes, les rayons ultra-violets, etc. qui complètent avec succès l'action des massages.

5° Les massages utérins post-opératoires sont indiqués dans les cas où les femmes ayant subi une opération se plaignent encore de douleurs causées par l'apparition d'une cellulite chronique post-opératoire : abdominale pré-cicatricielle ou vaginale.

Vu : *Le Doyen*

G. ROUSSY.

Vu : *Le Président*

MOCQUOT.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

S. CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

L. ALQUIER. — La cellulite. (*Monde Médical*, 15 avril 1923).

BRANDT-THURE. — Nouvelle méthode gymnastique et magnétique pour le traitement des maladies des organes du bassin et principalement des affections utérines. (Paris, 1868).

BLOCH. — Kinésiothérapie des rétrodéviations. (*Revue de Cinésie*, 1901).

CONDAMIN. — La Douglassite. (*Lyon Médical*, 1926).

DUREY et MEURS. — Massage et rééducation. (Paris, 1930).

FRUMUSANU. — Du massage et de quelques vues de ses applications en obstétrique. (Thèse de Paris, 1901).

HIRSCH. — Douleurs cellulitiques et ménopause, contribution à l'étude clinique de la douleur. (Thèse de Paris, 1928).

HUGON. — Massage thérapeutique. (Vigot fr., édit., 1900).

HUBST. — Massage and remedial exercise in medicine
(Guy's hosp. Report LXXV, 1925, p. 328).

KAKUSKHIN. — Massage gynécologique. (*Klin. Med.*,
1929, p. 1821, n^{os} 23-24).

GUY LAROCHE et MEURS. — La cellulite. (Paris, 1933).

MATRAT. — Le massage gynécologique, ses indications
et contre-indications. (*La Revue Médicale*, nov.
1930).

NETTER. — Massage gynécologique. (*Monde Médical*,
oct. 1927).

— Effets et mécanisme du massage gynécologique.
Gyn. et Obst., août 1928, p. 154).

— Dysménorrhée et massage gynécologique. (*Revue
franç. Gyn. et d'Obst.*, janvier 1933).

QUINCIEN. — Indication du massage en gynécologie et
en rinosithérapie. *Rev. franç. de Gyn. et d'Ost.*,
janvier 1925, p. 50-73).

ROMANO. — Effets dynamogènes, cardiovasculaires du
massage. Thèse de Paris, 1895).

SAQUET. — Traitement du vaginisme par le massage
suédois. (*Revue de Cinésie*, n^o 10, 1903).

SCHIL. — Massage en gynécologie. (*Paris Médical*,
20 juin 1924).

SOSNOWSKA-LIVET. — Le massage de Brandt dans les
rétroversions utérines. (*Hygiène et Vie*, n^o 4, avril
1933).

STAPFER. — Traité de Kinésiethérapie gynécologique.
(Edit. Maloine, 1897).

STUHL. — La cellulite abdomino-pelvienne et son
traitement par la Kinésiethérapie gynécologique.
(Thèse de Paris, 1932).

VIGNES. — Physiologie gynécologique et médecine des
femmes.

WETTERWALD. — La Kinésiethérapie gynécologique,
aperçu général. (*Presse Therm. et Climat.* 70,
mars 1929).

